KOREAN

Washington Office of Superintendent of
PUBLIC INSTRUCTION

REQUEST FOR SPECIAL DIETARY ACCOMMODATIONS

학생 / 참가자 이름 _____ 생일 _____

부모 / 보호자 이름 _____ 핸드폰 _____

우편 주소 _____ 도시 / 주 / 우편 번호 _ _ _ _ _ _

학교 / 센터 / 현장 _____ 학년 / 교실 _____

부모/보호자의 서명 _____ 날짜 _____

이메일 주소:_____@_____

다이어트 순서

연방 법 그리고 USDA 규제 필요하다 영양물 섭취 프로그램들 에게 만들다 합리적인 수정 에게 어린이를 수용 ~와 함께 장애. 아래에 그만큼 법, ㅏ 무능 ~이다 안 손상 어느 대체로 제한 ㅏ 주요한 생활 활동 또는 육체적으로 기능 , 어느 ~할 수 있다 포함하다 알레르기 그리고 소화기 정황, 하지만 하다 ~ 아니다 포함하다 개인의 다이어트 선호도.

1. 설명하다 어떻게 그만큼 손상 영향을 미치다 그만큼 어린이 (즉, 어떻게 그만큼 섭취/접촉 ~와 함께 그만큼 음식 영향 그만큼 어린이) :

2. 설명하다 무엇 ~ 해야 하다 **BE** 완료 에게 수용하다 그만큼 어린이의 다이어트 (즉, 특정한 음식 에게 BE 생략/기피 ~ 로부터 어린이의 다이어트) :

3. 목록 음식 및/또는 음료수 에게 **BE** 대체, 제공, 또는 수정됨**:**

국가 인정 의료 권한 ~이다 ㅏ 라이센스가 있는 건강 케어 전문적인 인정 받은 에게 쓰다 의료 처방전 ~에 워싱턴:* 의료 의사 *(MD),* 의사 ~의 정골의학 *(*하다*),* 의사의 어시스턴트 *(*아빠*)* ~와 함께 규정적인 권한, 자연요법 내과 의사, 또는 고급의 등기 간호사 실무자 *(ARNP).*

_____ _____

서명 ~의 국가에서 인정한 의료 권한* 날짜

_____

진료소명

KOREAN

이것 기관 ~이다 안 동일한 기회 공급자.

OSPI 중추신경계 팔월 2022년